

Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales

Abnormal illness behavior in patients with gastrointestinal disturbances

Stefano Vinaccia¹, Francoise Contreras², Maria Cristina Bedoya¹,
Lina Maria Carrillo¹, María Juliana Cuartas¹, Nathalia López¹
y Érika Janeth Cano¹

RESUMEN

El propósito de este estudio fue identificar las dimensiones de la conducta anormal de enfermedad, locus de control hacia la salud, niveles de depresión y propensión a la ansiedad en 60 pacientes con diagnóstico de colitis ulcerativa y colon irritable, así como establecer las diferencias entre ambos grupos. Para ello, se utilizaron los cuestionarios de Conducta de Enfermedad (IBQ), Depresión (CES.D) y Locus de Control hacia la Salud (MHLC), y asimismo la Escala de Propensión hacia la Ansiedad (ASI). De acuerdo con los resultados, hay un patrón diferente en la forma en que los pacientes con colon irritable y colitis ulcerativa asumen su trastorno, siendo más severo en estos últimos, quienes están significativamente más propensos a la ansiedad, presentan menor locus de control interno hacia la salud y tienen puntajes más elevados en las dimensiones de la conducta de enfermedad, excepto en las escalas de distorsión afectiva y negación. El que los pacientes exhiban características significativamente distintas tiene implicaciones importantes para orientar la intervención psicológica atendiendo a las dimensiones de la conducta de enfermedad presentada, su propensión a la ansiedad y locus de control interno evidenciado. Tales consideraciones podrían potenciar la efectividad de la intervención dentro de un contexto multidisciplinario.

Palabras clave: Conducta de enfermedad; Trastornos inflamatorios del intestino; Ansiedad; Depresión; Locus de control.

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify the dimensions of abnormal behavior in illness, establish control toward health, determine levels of depression, and tendency to anxiety in 60 patients diagnosed with ulcerative colitis or irritable colon, and to determine if differences exist between the two groups. The questionnaires IBQ, CES.D, MHLC, and ASI were used for this aim. According to the results, a different pattern exists between the two groups in how they manage the disturbance caused by the illness. Those having ulcerative colitis suffer more severely and are significantly more likely to develop anxiety. They present less internal locus of control toward health and more elevated score ratings in the management of illness, except for emotional distortion and negativity. The significantly distinct characteristics which patients exhibit have important implications for orienting psychological intervention in this type of subjects, treating the extent of illness presented, the tendency toward anxiety, and demonstrated internal effects. These considerations could promote the effects of a multidisciplinary intervention.

Key words: Management of illness; Inflammatory intestine disturbances; Anxiety; Depression; Locus of control.

¹ Universidad de san Buenaventura, Medellín-Colombia, Apartado Aéreo 81240, Envigado, Antioquia, Colombia, correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com. Artículo recibido el 27 de enero y aceptado el 18 de marzo de 2004.

² Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se reconoce ampliamente la importancia de las variables psicosociales en una amplia gama de enfermedades físicas y el papel decisivo que juega la conducta de enfermedad en la evolución del paciente. Tal reconocimiento ha permitido que la psicología aporte técnicas para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Krantz, Grunberg y Baum, 1985). Específicamente, la psicología de la salud ha sido el área aplicada que se ha encargado de estudiar los procesos comportamentales implicados en la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud valiéndose de conocimientos, métodos de investigación y técnicas de evaluación e intervención de la psicología científica para promover y mantener la salud (Ballester, 1990; Brannon y Feist, 2001; Krantz y cols., 1985).

La psicología de la salud estudia la conducta de las personas tanto sanas como enfermas e incluye la promoción de la salud y la prevención y tratamiento de la enfermedad (Rodríguez-Marín, 1995), todo ello dentro de un concepto de salud integral, enmarcado en el modelo biopsicosocial, en el cual la enfermedad se considera como un proceso que deteriora el funcionamiento biológico, psicológico y social de las personas y que en ocasiones puede producir la muerte.

Es un hecho claro que el surgimiento de la enfermedad en la vida de una persona supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que en mayor o menor medida genera un impacto importante en la vida del sujeto y una ruptura en su comportamiento y estilo de vida. Cuando la situación estresante rompe las pautas habituales de comportamiento, se emplean mecanismos para intentar restablecer el equilibrio perdido; si las estrategias utilizadas son inadecuadas, conducen a un estado de desorganización acompañado a menudo de ansiedad, miedo, culpabilidad u otros sentimientos desagradables que incrementan aún más la crisis (Brannon y Feist, 2001).

La crisis depende también de la forma en que el paciente percibe la enfermedad; si es interpretada como dañina, perjudicial o desafiante, es experimentada como un evento estresante que muestra generalmente una valencia negativa en cuanto

significa daño o pérdida (material o funcional), objetiva y socialmente valorada como tal, y en ocasiones impredecible y percibida como incontrolable por el paciente (Ballester, 1993a, 1997). No obstante, el estrés psicológico que la enfermedad produce es muy difícil de evaluar por cuanto el estrés asociado a la enfermedad puede evidenciarse sólo a partir de ciertas manifestaciones emocionales, tales como ansiedad, depresión, culpa, desamparo, desesperación, vergüenza, disgusto, ira y otros estados afectivos negativos (Ballester, 1993b).

La crisis que produce la enfermedad proviene también de la interrupción repentina de las funciones habituales y de la amenaza omnipresente a la vida y adaptación de la persona. Es posible que el paciente tenga que afrontar hospitalización, separación prolongada de su familia y amigos, dolor e impotencia, cambios permanentes en su aspecto o en su función corporal, pérdida de funciones y un futuro inseguro e imprevisible, incluida la posibilidad de la muerte. Las características específicas de la crisis determinan los problemas de adaptación a la enfermedad y dificultan el uso de estrategias apropiadas de afrontamiento para asimilar y acostumbrarse a los cambios repentinos que se deben asumir (Brannon y Feist, 2001).

El proceso de enfermedad incluye varias etapas. La primera y quizás la más importante es la percepción de los síntomas, de la cual depende la catalogación que el propio sujeto hace de sí mismo como "enfermo", con frecuencia previa al dictamen médico. Esa percepción es un proceso complejo: la evaluación que hace el paciente de estos estados internos no es muy exacta y la experiencia del síntoma puede variar de una persona a otra, e inclusive en la misma persona de un momento a otro. Por otro lado, no siempre se percibe un síntoma a pesar de la presencia de los signos, y en otros casos se percibe el síntoma sin que existan signos reales (Rodríguez-Marín, 1995).

Por otra parte, los síntomas no siempre conducen a que las personas busquen ayuda. Mechanic (1977) enumeró cuatro características que determinan la respuesta de las personas ante los síntomas, entre las que se encuentran la visibilidad del síntoma, la gravedad percibida, la medida en que ésta interfiere en la vida de la persona y, por último, la frecuencia y persistencia de los síntomas.

En este sentido, la conducta de enfermedad hace referencia a cualquier conducta relevante respecto de cualquier condición que cause o pueda causar habitualmente que una persona se preocupe por sus síntomas y busque ayuda.

El estudio y conceptualización de la conducta de enfermedad y los estilos adaptativos que asume el paciente fue introducido en 1951 por el sociólogo Parsons, quien definió el rol del enfermo como el comportamiento que se espera de una persona en función de su estatus dentro de un grupo social. Dicho rol estaría definido por una serie de derechos y deberes que la sociedad adjudica a los enfermos, quienes pueden ser eximidos de ciertas responsabilidades sociales habituales y no ser considerados responsables de su situación. Brannon y Feist (2001), Morales (1985), Rodríguez-Marín (1991) y Stone (1979, 1991) incluyen en esta representación del rol del enfermo las prescripciones terapéuticas y de afrontamiento de la enfermedad, mismas que se pueden relacionar con los mecanismos empleados para adaptarse a ella.

Posteriormente, Parsons distinguió cinco estadios en la conducta de enfermedad: el inicial, que incluye la percepción e interpretación de los síntomas; el asumir el papel de enfermo; la búsqueda de asistencia; el asumir el papel de paciente, y, finalmente, la recuperación. A su vez, Mechanic (1977) incluyó las necesidades personales, los tratamientos disponibles y su costo a los anteriores estadios propuestos.

Los estilos no adaptativos para afrontar la enfermedad fueron postulados por Pilowsky (1967), quien los agrupó dentro del concepto de *conducta anormal de enfermedad*, del cual han surgido varios estudios en busca de una tipología de lo que él llamo “estilos anormales de respuesta a la enfermedad”, así como a su identificación y calificación en distintos colectivos de enfermos.

Pilowsky (1996) modificó más tarde su teoría sobre la conducta anormal de enfermedad definiéndola como una convicción no adecuada de la realidad, la existencia de un proceso morboso de índole somático y la adhesión excesiva al desempeño del rol de enfermo. El concepto de conducta de enfermedad se orientó después hacia la forma particular en la que una persona responde a sus signos corporales y a las condiciones bajo las cuales

percibe estos signos como normales o anormales; esta definición incluye la disposición estable de las personas a responder de una forma determinada ante la enfermedad; el significado de la enfermedad como resultado de la interacción entre variables personales y sociales; los determinantes de las respuestas del enfermo como consecuencia de la organización y estructura del sistema sanitario, y el proceso de atribución del paciente en torno a la salud o enfermedad (Mechanic, 1977).

En un sentido más amplio, se consideran conductas de enfermedad todas aquellas acciones que afectan el significado social y personal de los síntomas de la enfermedad, de las discapacidades y sus consecuencias (Mechanic, 1977); por tanto, se incluyen en el término acciones tales como el reconocimiento de los síntomas, la búsqueda de ayuda, el uso de servicios médicos, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, la actividad rehabilitadora, la asunción de determinadas conductas de rol en determinadas situaciones y las respuestas de afrontamiento de la enfermedad. Este conjunto de respuestas expresa cómo se adapta una persona a la experiencia de un problema de salud y cómo asume y representa el papel de persona enferma (Mechanic, 1977).

En la década de los noventa, Pilowsky (1996) definió la conducta anormal de enfermedad como la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir el estado de salud a pesar de que el médico u otros profesionales hayan ofrecido una explicación razonable de la naturaleza y curso de la enfermedad y su tratamiento. La conducta anormal de enfermedad consiste en la convicción de la existencia de un proceso de índole somática y con adhesión excesiva al desempeño del rol de enfermo, incluyendo conductas no adaptativas de la respuesta a la enfermedad.

Es importante distinguir aquí entre “conducta de enfermedad” y “enfermedad”. La primera se refiere a las acciones que las personas realizan cuando creen que están experimentando síntomas de enfermedad (como ir al médico, tomar la baja laboral, etc.), mientras que la enfermedad en sí misma implica una patología documentada (Rodríguez-Marín, 1995). Tal distinción es importante porque las conductas de enfermedad no necesariamente implican una patología subyacente, y las trayectorias

psicológicas y biológicas responsables de los dos tipos de resultados son, con frecuencia, totalmente diferentes (Ballester, 1993a).

Evidentemente, la adaptación a la enfermedad depende también del ecosistema del paciente, el cual está constituido por su contexto físico, personal (familia, amigos, referentes significativos, etc.) y sociocultural (normas, valores, recursos económicos y sociales, etc.). Dichos factores ambientales suelen tener un impacto importante en todos los aspectos de la enfermedad, en su aparición y características, el modo como se le percibe, el significado que tiene para la persona y las respuestas adaptativas a la enfermedad. De acuerdo con Rodríguez-Marín (1995), la conducta de enfermedad se ve determinada evidentemente por las influencias culturales y el aprendizaje social. Otros factores que contribuyen a esa adaptación son el carácter ambiguo de la información que recibe el paciente, la carencia de información clara y oportuna y el mismo carácter estresante de la enfermedad, lo que depende a su vez de su duración (aguda o crónica), forma de aparición, intensidad, gravedad y etapas del proceso y curso de la enfermedad.

Para evaluar la conducta de enfermedad, se elaboró el *Illness Behavior Questionnaire* (IBQ) (Pilowsky, 1996), cuyo propósito es objetivar la conducta de enfermedad y explorar aquellas áreas afectivas, cognitivas y conductuales que resultan relevantes en el ámbito de la conducta anormal de enfermedad. El instrumento ha sido traducido y ajustado para su uso en la población española en distintos trabajos (Ballester y Botella, 1993; Lojo, Hilser, Quiroz, Llor y Nieto, 1991; Llor, Godoy y Nieto, 1993a; Llor, Godoy y Nieto, 1993b; Nieto, Abad, García, López y Morales, 1989; Nieto, Abad, López, García y Morales, 1989) y ha sido utilizado en investigaciones con grupos muy diversos de pacientes: enfermos ostomizados (Martínez, Arnaldos y Herrero, 1996), infartados (Arnaldos, Cardona y Hernández, 1996) y con crisis de angustia (Ballester y Botella, 1993), así como con grupos heterogéneos de enfermos (Llor, Nieto, Godoy y Morales, 1991).

Llor y cols. (1991) obtuvieron catorce factores, de los que descartaron cinco por considerarlos residuales. Los nueve factores resultantes fueron denominados de la siguiente forma: disturbio afec-

tivo, hipocondriasis, convicción de enfermedad, negación, enfado y disgusto interpersonal, actitud paranoide, inhibición afectiva, relación médico-enfermo y dificultad en la relación con los demás.

La función gastrointestinal ha guardado una estrecha relación con el estrés en el ámbito clínico; incluso se constata que cuando los pacientes están perturbados o ansiosos refieren molestias abdominales o intestinales. En el caso del síndrome del colon irritable y la colitis ulcerativa, hay evidencias que demuestran la relación entre estas enfermedades con factores psicológicos.

Las enfermedades gastrointestinales se presentan en una alta proporción en la población mundial. En Colombia, se calcula que el 30% de la población entre los 15 y 45 años de edad sufren de dicha afección; el 35% de los motivos de consulta a los gastroenterólogos y coloproctólogos son, específicamente, el colon irritable y la colitis ulcerativa. Estas dos enfermedades en particular tienden a estar relacionadas con eventos estresantes, ansiedad, depresión e irritabilidad (Barriga, 1988). Según los criterios actuales, tales trastornos quedan incluidos en un marco más amplio llamado "trastornos funcionales intestinales", a los que se les define como trastornos digestivos funcionales que cursan con síntomas atribuibles al tracto digestivo medio o distal. A su vez, los trastornos intestinales son parte de los trastornos funcionales digestivos recientemente clasificados como trastornos esofágicos, gastroduodenales, intestinales (que incluye el síndrome de intestino irritable), dolor abdominal funcional, trastornos biliares, anorrectales y funcionales pediátricos (Collins, Vallance, Barbara y Borgaonkar, 1999).

El síndrome de intestino irritable es un trastorno benigno de caracterización no morfológica cuyo estudio data de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, cuando comienza el interés de los médicos por una serie de trastornos de base no orgánica. En ese tiempo se empieza a encontrar referencias a cuadros abdominales poco caracterizados y que reciben nombres como "colitis nerviosa", "colitis mucosa", "colopatía funcional" y otros, todos los cuales tienden en general a definir la entidad como no orgánica y muy relacionada con la esfera psicológica. Quizás es el síndrome de intestino irritable es el que da origen al término "hipocondría", ya que el hipocondrio

derecho es una localización frecuente de las molestias dolorosas asociadas a él (Schwart, 1996).

En los años ochenta se inscribe el denominado colon irritable dentro del concepto más amplio de síndrome de intestino irritable, y se dan los pasos decisivos hacia su caracterización clínica y criterios diagnósticos. Tradicionalmente, el diagnóstico de síndrome de intestino irritable se había hecho por eliminación, considerándose que para identificarlo se debería excluir cualquier enfermedad orgánica que pudiera presentar síntomas similares. Esta opción, si bien pudiera ser académicamente correcta, era poco práctica, tanto por la frecuencia del problema como por lo amplio de su diagnóstico diferencial. No obstante, aunque no se documentan alteraciones histológicas o bioquímicas, el cuadro clínico se puede diagnosticar en la mayoría de los casos (Camilleri, 1999), pues dentro de la nosología de estos trastornos funcionales existen categorías para dicho diagnóstico (Whitehead, 2002).

El síndrome de intestino irritable se define actualmente como un trastorno gastrointestinal de carácter crónico o recidivante, cuya característica principal es el dolor abdominal, acompañado por lo general de una alteración en el hábito intestinal en ausencia de una base orgánica detectable (Talley, 1999). Además, presenta con frecuencia aspectos poco estimulantes en su seguimiento y tratamiento, dado que es usual que los pacientes no respondan adecuadamente al tratamiento y se conviertan en pacientes que consultan varias veces por su problema (Harrison, 1994).

El impacto del síndrome de intestino irritable sobre la calidad de vida de los pacientes se ha estudiado principalmente en pacientes geriátricos, en los que existe un deterioro en los índices de calidad de vida asociados al diagnóstico. Tal deterioro está muy relacionado con la percepción de que el síndrome de intestino irritable actúa como un factor limitante en la vida social de los pacientes. Si bien la mortalidad directa determinada por el síndrome de intestino irritable es nula, su interés sociosanitario es extenso. La benignidad de sus síntomas se contrapone a su curso crónico y recidivante, el cual se ve reforzado por la alta prevalencia de esta forma; un trastorno benigno resulta ser una causa importante de morbilidad personal en for-

ma de demanda sanitaria, consumo de fármacos (prescritos o autoindicados) y ausentismo laboral.

Los pacientes con síndrome de intestino irritable suelen ser diagnosticados psiquiátricamente. Se describe que hay en ellos una pobre capacidad de introspección y dificultad para expresar las emociones; son pacientes que perciben como estresantes eventos tales como el fin de los estudios, la independencia de los padres o la búsqueda de pareja, entre otros (Schmulson y Chang, 1999).

El patrón asociado incluye asimismo rasgos sociales comunes en dichos pacientes. Por lo general, existe una agregación familiar, tanto en la percepción de síntomas como en la tendencia a buscar recurso médico ante un cuadro clínico determinado. Se ha descrito perfectamente la pertenencia de los pacientes a familias con conductas semejantes ya presentes en las generaciones anteriores.

Como el síndrome de intestino irritable carece de efectos etiopatogénicos, su tratamiento farmacológico tiene a lo sumo efectos sobre ciertas alteraciones fisiopatológicas, pero el valor fundamental es sintomático. La mayoría de los pacientes no precisan tratamiento, sino una adecuada explicación de su problema (el paciente debe conocer la naturaleza benigna y recidivante de aquél), unida a una recomendación dietética (por ejemplo, limitar la cafeína, el alcohol y la grasa) e higiénica. En ellos, se debe insistir fundamentalmente en las denominadas medidas generales, que en este caso son la base del tratamiento y no su complemento (Harrison, 1994).

Las enfermedades inflamatorias intestinales, también llamadas colitis, enteritis, ileítis y proctitis (Bram van Dam, 2001), incluyen otro grupo de trastornos crónicos que causan inflamación o ulceración en los intestinos delgado y grueso. Esas enfermedades se clasifican más frecuentemente como colitis ulcerativa (porque causa ulceración e inflamación del revestimiento interno del colon y recto) y enfermedad de Crohn; ambas causan síntomas similares que a menudo se parecen a otras condiciones, tales como el síndrome del intestino irritable.

Los síntomas más comunes de la colitis ulcerativa pueden incluir dolor abdominal, diarrea con sangre, fatiga, pérdida de peso, pérdida del

apetito, hemorragia rectal, pérdida de líquidos y nutrientes del cuerpo y anemia causada por hemorragia grave. En ocasiones, los síntomas también pueden incluir lesiones de la piel, dolor en las articulaciones, inflamación de los ojos, trastornos del hígado, osteoporosis, erupción cutánea y cálculos en los riñones (García y Montiel, 1996).

Existen muchas teorías acerca de la causa de la colitis ulcerativa. Una de ellas es que algún agente (virus o una bacteria atípica) interactúa con el sistema inmunológico del cuerpo y desencadena una reacción inflamatoria en la pared intestinal (García y Montiel, 1996); sin embargo, no es claro si las anomalías del sistema inmunológico son la causa o el resultado de la enfermedad. No se dispone actualmente de una cura para la misma, excepto a través de la extirpación quirúrgica del colon.

El proceso de diagnóstico consiste en un examen físico completo, incluyendo exámenes de sangre para determinar si existe una condición de anemia o si el recuento de glóbulos blancos se halla elevado (una señal de inflamación). En general, los procedimientos de diagnóstico para la colitis ulcerativa pueden incluir cultivo de heces, esofagogastroduodenoscopia (también llamada EGD o endoscopia superior), biopsia, serie gastrointestinal (gi) inferior (también llamada enema de bario) (Talley, 1999).

El tratamiento específico de la colitis ulcerativa dependerá de la edad, el estado general de salud, la historia médica, el avance de la condición, la tolerancia a determinados medicamentos, procedimientos o terapias, pero habrá de ser ajustado a cada caso específico ya que puede incluso agravarla (Shaw y Davies, 1999). El tratamiento puede incluir medicamentos, hospitalización y cirugía, que incluye la proctocolectomía y la anastomosis ileoanal (Shaw y Davies, 1999).

Aunque no hay una dieta especial para la colitis ulcerativa, es posible que los pacientes puedan controlar los síntomas leves simplemente evitando las comidas que parecen causarles molestias en los intestinos.

Por todo lo anterior, el propósito de este estudio fue identificar las dimensiones de la conducta anormal de enfermedad, el locus de control hacia la salud, los niveles de depresión y propensión a la ansiedad en pacientes con diagnóstico de coli-

tis ulcerativa y colón irritable, así como establecer las diferencias entre ambos grupos.

MÉTODO

Sujetos

Se trabajó con 60 pacientes seleccionados por medio de muestreo no aleatorio, con edades de entre 19 y 45 años, 30 de los cuales habían sido diagnosticados con síndrome de colon irritable y 30 más tenían diagnóstico diferencial de colitis ulcerativa, quienes fueron remitidos por los médicos del Hospital "Pablo Tobón Uribe", de la ciudad de Medellín, Colombia.

Instrumentos

Al efecto, se emplearon los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Conducta de Enfermedad (Illness Behavior Questionnaire [IBQ]), desarrollado por Pilowsky y Spence, en versión española de Ballester y Botella (1993), la que se aplicó con el fin de evaluar la conducta de enfermedad. La prueba está constituida por 62 preguntas con opción dicotómica de respuesta. El instrumento consta de siete subescalas: hipocondriasis general, convicción de enfermedad, percepción psicológica vs. somática de la enfermedad, inhibición afectiva, distorsión afectiva, negación de los problemas e irritabilidad (Nieto y cols., 1989a).

Escala Multidimensional de Locus de Control hacia la Salud (Health Locus of Control [MHLHC]), diseñada por Walston, en versión española de Chorot y Navas (1995). La escala consta de 18 ítems tipo Likert, los cuales pueden ser respondidos desde "completo acuerdo" a "completo desacuerdo". Está compuesta por tres subescalas: control interno, control externo hacia la medicina y control externo hacia la suerte.

Escala de Depresión (Center for Epidemiological Studies Depression Scale [CES.D]) creada por Radloff. Se utilizó la versión española de Casullo (1998). La escala consta de veinte ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van de 0 a 3, dependiendo del nivel de depresión.

Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (Anxiety Sensitivity Index [ASI]), desarrollado por Peterson y Reiss. Se aplicó la versión española de Chorot y

Sandín (1987). La prueba está compuesta por 16 preguntas tipo Likert, con posibilidades de respuesta que van de 0 a 4, según el nivel de ansiedad del paciente.

Procedimiento

La muestra de participantes ya diagnosticados fue remitida por los médicos de la Clínica “Pablo Tobón Uribe”, de Medellín, quienes previamente sabían los propósitos del estudio y habían aceptado participar en la investigación.

Antes de iniciar la aplicación de instrumentos, se explicó a los participantes los propósitos del estudio y se obtuvo su consentimiento informado para formar parte de la muestra. Posteriormente, se procedió a la autoaplicación de los cuestionarios, brindándoles la asesoría y colaboración necesaria.

A cada sujeto le fueron entregadas las pruebas IBQ, MHLIC, ASI y CES-D. Luego de la entrega de los cuestionarios, se pidió a cada uno de los pacientes que contestaran con la mayor veracidad posible. No hubo limitaciones de tiempo por parte de los investigadores, de modo que los pa-

cientes entregaban los cuestionarios cuando concluían su llenado.

RESULTADOS

Los resultados se analizaron mediante el procesador estadístico SPSS 8.0. Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo de la información, y posteriormente se utilizó la prueba *t* de Student para observar las diferencias entre grupos.

Los resultados muestran que hubo una mayor proporción de mujeres (76.7%) que de hombres (23.3%) entre los pacientes con diagnóstico de colon irritable; en los pacientes con colitis ulcerativa ocurre lo inverso (63.3% de hombres y 36.7% de mujeres). Como puede observarse en la Tabla 1, el 63.3% de los participantes con diagnóstico de colon irritable y el 56.6% con colitis ulcerativa eran menores de 30 años; se encontraron más pacientes agrupados en el rango de edad de los 35 años en adelante en los pacientes con colitis ulcerativa que en el de colon irritable (40% y 20% respectivamente).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de pacientes.

Variables	Colon irritable		Colitis ulcerativa	
	Frec.	%	Frec.	%
Edad				
19 a 25 años	10	33.3	7	23.3
26 a 30 años	9	30.0	10	33.3
31 a 35 años	5	16.7	1	3.3
36 a 40 años	4	13.3	6	20.0
41 o más años	2	6.7	6	20.0
Escolaridad				
7 a 10 años	1	3.3	1	3.3
11 a 15 años	8	26.7	2	6.7
16 o más años	21	70.0	27	90.0
Ocupación				
Trabajo como profesional	12	40.0	25	83.3
Estudiante	6	20.0	3	10.0
Otros trabajos no profesionales	12	40.0	2	6.6
Tiempo de evolución				
1 año o menos	3	10.0	8	26.7
14 meses a 5 años	-	-	21	70.0
6 a 10 años	5	16.7	-	-
11 a 16 años	2	6.6	1	3.3

El 90% de los pacientes con colitis ulcerativa y el 70% de los de colon irritable tenían 16 años o más de educación; acorde con ello, los primeros ejercían actividades de tipo profesional en un 83%, y los segundos en un 40%.

Entre los pacientes con colon irritable, el tiempo de padecimiento predominante tuvo una cronicidad de seis a diez años (16.7%), seguido por los pacientes que tenían un año o menos de padecimiento (10%). Entre los que sufrían colitis ulcerativa predominó un tiempo de 14 meses a 5 años (70%) seguido por los pacientes que tenían un año o menos de padecimiento (26.7%).

La media obtenida en cada uno de los instrumentos por ambos grupos de pacientes puede observarse en la Tabla 2. Dichos resultados son comparables con la media obtenida en las muestras españolas. Se observan puntuaciones medias, mayores en los instrumentos ASI y CES-D, en los

pacientes con colitis ulcerativa (32.26 y 26.43) que en los de colon irritable (24.67 y 24.53), en ambos casos mayores que las puntuaciones obtenidas en las muestras españolas. Por el contrario, el locus de control interno fue mayor en los pacientes con colon irritable (20.10) que en los de colitis ulcerativa (15.46), y el locus de control externo fue similar en los dos grupos de pacientes, inclusive al ser comparados con las muestras españolas.

En el IBQ, los pacientes con colitis ulcerativa obtuvieron mayores puntajes en las escalas de GH (hipocondría general), DC (convicción de enfermedad), PS (percepción psicológica vs. percepción somática de la enfermedad), AI (inhibición afectiva), AD (perturbación afectiva), OL (negación de los problemas) e I (irritabilidad). En todas las escalas del IBQ las muestras colombianas alcanzaron puntajes más altos que los obtenidos por las muestras españolas, a excepción de la subescala OL.

Tabla 2. Media obtenida en cada uno de los instrumentos por los dos grupos de pacientes y media de pacientes españoles.

Instrumentos	Colon irritable	Colitis ulcerativa	Medias españolas de los instrumentos
ASI	24.67	32.26	18.80
CESD	24.53	26.43	24.00
Locus interno	20.10	15.46	20.97
Locus externo 1 (medicina)	16.46	15.10	22.49
Locus externo 2 (suerte)	15.00	14.50	15.11
IBQ GH	3.96	5.93	2.59
IBQ DC	3.86	4.70	2.74
IBQ PS	2.46	3.53	1.79
IBQ AI	2.66	3.66	2.14
IBQ AD	2.63	3.26	2.36
IBQ OL	2.56	2.63	3.75
IBQ I	2.26	3.26	1.53

Diferencia de medias

Para observar la diferencia de medias entre los dos grupos de pacientes, se aplicó la prueba *t* de Student. Los resultados pueden apreciarse en la Tabla 3. De acuerdo con el puntaje obtenido en cada uno de los instrumentos, se hallaron diferencias significativas en la propensión a la ansiedad (ASI) y no en el nivel de depresión (CES-D) entre dichos grupos. Con respecto al locus de control,

se encontraron diferencias significativas en el interno y no en el externo. En cuanto a la conducta de enfermedad, se percibieron diferencias altamente significativas ($p < 0.01$).

Finalmente, con relación a la hipocondría, convicción de enfermedad, percepción psicológica vs. somática, inhibición afectiva e irritabilidad, no se encontraron diferencias significativas en las escalas de negación y distorsión afectiva.

Tabla 3. Prueba *t* para comparar diferencias de medias entre pacientes con diagnóstico de colon irritable y colitis ulcerativa.

Variable	Nivel de significación
ASI	2.91**
CES-D	0.76
Locus interno	2.60**
Locus externo (medicina)	0.93
Locus externo (suerte)	0.30
Hipocondría	3.58**
Convicción de enfermedad	2.74**
Percepción	2.89**
Inhibición	3.22**
Negación	0.20
Distorsión	1.90
Irritabilidad	3.07**

** $P < 0.01$

DISCUSIÓN

Los resultados de ambos grupos de pacientes coinciden con el perfil planteado por Nieto y cols. (1989a) y Llor y cols. (1991), caracterizado por un patrón compuesto por altos niveles de hipocondría, puntajes elevados en las escalas de percepción psicológica vs. somática de la enfermedad, altos niveles de convicción de enfermedad, bajos puntajes en la escala de negación y tendencia a reconocer la importancia de la participación de los factores psicológicos. Sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, existe un patrón diferente en la forma en que los pacientes con colon irritable y colitis ulcerativa asumen su trastorno, aunque se trate en ambos casos de enfermedades inflamatorias del intestino. Los dos grupos muestran niveles importantes de ansiedad y depresión, pero se encontró un patrón más severo en los pacientes diagnosticados con colitis ulcerativa al compararlos con los de colon irritable, en cuanto que los primeros

son significativamente más propensos a la ansiedad. Lo anterior coincide con lo planteado por Witehead (2002) quien ha hallado que la ansiedad y la depresión son características típicas de los pacientes con disturbios inflamatorios del intestino.

De igual forma, los pacientes con colitis ulcerativa exhiben de manera significativa un menor locus de control interno hacia la salud ? convicción de la responsabilidad personal en la evolución de su estado de salud? que los de colon irritable, de lo que podría inferirse que estos últimos se consideran más capaces de controlar su enfermedad, probablemente porque se trata de un diagnóstico benigno sin base orgánica detectable (Talley, 1999).

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con respecto al locus de control externo (hacia la medicina y hacia la suerte), en el que se obtuvo un índice menor que en el locus de control interno, lo que podría indicar que los pacientes en general tienen una baja convicción de que los médicos puedan hacer algo por su enfermedad; dicho puntaje fue aún más bajo en

los pacientes con colitis ulcerativa quizá debido al hecho de que tal trastorno tiende a desarrollar un curso crónico sin una cura total. El locus de control externo hacia la suerte fue también bajo en ambos grupos, resultado que era de esperarse en los pacientes con un alto grado de educación.

Los pacientes de colitis ulcerativa puntuaron más alto en la mayoría de las dimensiones de la conducta de enfermedad evaluadas por el IBQ y sus escalas, en donde se hallaron diferencias altamente significativas, excepto en las escalas de distorsión afectiva y negación.

Los pacientes con colitis ulcerativa, a diferencia de los pacientes con colon irritable, exhibieron patrones más severos de respuesta hipocondríaca y mayor convicción de enfermedad, tal vez porque en ellos hay una clara creencia de que hay una alteración somática (dirigiendo una gran atención a los síntomas y sensaciones corporales), lo que implica que la enfermedad se interprete como dañina y perjudicial en cuanto que constituye un daño o una pérdida material o funcional, en cierta forma incontrolable por el paciente (Llor y cols., 1991). A pesar de ello, los pacientes con colitis ulcerativa tuvieron puntajes significativamente mayores que los de colon irritable en la dimensión de percepción psicológica vs. somática de la enfermedad, lo que implicaría que están dispuestos a aceptar la influencia de factores psicológicos en su enfermedad, que a su vez sería un recurso importante de intervención.

Otra diferencia significativa entre los dos grupos se encontró en la dimensión de inhibición afectiva, en la cual los pacientes con colitis ulcerativa

tiene n más problemas para expresar sentimientos, especialmente los negativos.

La dimensión de distorsión afectiva, es decir, la percepción de los sujetos de la emoción generada por la enfermedad (ansiedad-depresión-tensión), no mostró diferencias significativas entre los sujetos con colitis ulcerativa y colon irritable, ratificándose que la depresión no parece ser un marcador diferencial entre las dos muestras (el CES-D tampoco indicó diferencias significativas), y que la ansiedad implicaría propensión a tenerla, no el tenerla en sí. Lo anterior supone también un aspecto a tenerse en cuenta en la intervención psicológica dirigida a estos pacientes. De igual manera, no se hallaron diferencias significativas en la dimensión de negación, que implica la tendencia a negar la existencia de problemas vitales ¿ aparte de la enfermedad? y atribuir todas las dificultades a sus problemas de salud.

Finalmente, hubo diferencias significativas en la dimensión de irritabilidad. Los pacientes con colitis ulcerativa, en comparación con los de colon irritable, tienden a exhibir más sentimientos de enfado e irritabilidad, especialmente en los contextos interpersonales.

Futuras investigaciones podrán indicar el peso de esas variables psicológicas en el desarrollo y tratamiento de trastornos inflamatorios del intestino. Inclusive los resultados de ésta y otras investigaciones sobre los factores psicológicos asociados a enfermedades inflamatorias del intestino permitirán ir consolidando un patrón de comportamiento asociado que pueda estudiarse como precursor de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Arnaldos, J.D., Cardona, C. y Hernández, J. (1996). Personalidad y conducta de enfermedad en pacientes con infarto agudo de miocardio. *Anales de Psiquiatría*, 12: 330-336.
- Ballester, R. (1990). *Aspectos conceptuales sobre conducta de enfermedad*. Tesis inédita de licenciatura. Valencia: Universidad de Valencia.
- Ballester, R. (1993a). Conducta de enfermedad. La búsqueda de una identidad. *Boletín de Psicología*, 38: 63-88.
- Ballester, R. (1993b). Un análisis crítico de la aportación de Parsons a la psicología de la salud. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 25: 41-51.
- Ballester, R. (1997). *Introducción a la psicología de la salud. Aspectos conceptuales*. Valencia: Promolibro.
- Ballester, R. y Botella, C. (1993). Perfil de conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19: 233-265.
- Barriga, S. (1988). Salud y comunidad. En S. Barriga (Ed.): *Psicología social de los problemas sociales*. Valencia: Publicaciones de la Universidad de Valencia.

- Bram Van Dam, S. (2001). *Enfermedades gastrointestinales*. Cali: Prensa Impresores.
- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Camillero, M. (1999). Therapeutic approach to the patient with irritable bowel syndrome. *American Journal of Medicine*, 8: 107.
- Casullo, A. (1998). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Chorot, P. y Navas, J. (1995). *Escala Multidimensional de Locus de Control hacia la Salud (MHLC)*. Mimeograma. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Chorot, P. y Sandín, B. (1987). *Escala para medir la propensión a la ansiedad (ASI)*. Mimeograma. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Collins, S.M., Vallance, B., Barbara, G. y Borgaonkar, M. (1999). Putative inflammatory and immunological mechanisms in functional bowel disorders. *Clinical Gastroenterology*, 13: 140-142.
- García, D. y Montiel, L. (1996). *La úlcera gastroduodenal. Historia de una enfermedad*. Madrid: Arquiola.
- Harrison, J. (1994). *Principios de medicina interna*. Madrid: MacGraw-Hill.
- Krantz, D.S., Grunberg, N.E. y Baum, A. (1985). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 36: 349- 383.
- Llor, B., Godoy, C. y Nieto, J. (1993a). Aspectos teóricos en conducta de enfermedad. *Anales de Psiquiatría*, 9: 140-145.
- Llor, B., Godoy, C. y Nieto, J. (1993b). Factorización y depuración del cuestionario IBQ en población clínica española. *Anales de Psiquiatría*, 9: 209-213
- Llor, B., Nieto, J., Godoy, C. y Morales R., J.M. (1991). Baremos del cuestionario IBQ en población clínica española. *Actas Luso-Española de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 19: 263-267.
- Lojo, F., Hilser, L., Quiroz, R., Llor, B. y Nieto, J. (1991). *Estudio de la conducta de enfermedad en pacientes crónicos*. Tesis doctoral inédita. Murcia: Universidad de Murcia.
- Martínez, M., Arnaldos, J. y Herrero, J. (1996). Personalidad, conducta de enfermedad y adaptación psicosocial del enfermo ostomizado. *Anales de Psiquiatría*, 12: 2002-208.
- Mechanic, D. (1977). Illness behaviour, social adaptation, and the management of illness. A comparison of educational and medical models. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165: 79-87.
- Morales, J.F. (1985). La relación profesional de la salud-enfermo. En A. Morales, C. Blanco, A. Huici y J.M. Fernández (Comps): *Psicología social aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Nieto, J., Abad, M., García, C., López, C. y Morales, J. (1989a). Factorización del cuestionario de conducta de enfermedad IBQ, de Pilowsky, en población clínica española. *Anales de Psiquiatría*, 5: 104-107.
- Nieto, J., Abad, M., López, C., García, C. y Morales, J. (1989b). Conducta de enfermedad. Un intento de identificación de tipos clínicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 17: 53-58.
- Pilowsky, I. (1967). Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine: Clinical aspects. *Psychosomatic Medicine*, 29: 201-224.
- Pilowsky, I. (1996). From conversion hysteria to somatisation to abnormal illness behavior? *Journal of Psychosomatic Research*, 19: 345-350.
- Rodríguez-Marín, J. (1991). Psicología de la salud: situación en la España actual. *Revista de Psicología de la Salud*, 3: 55-91.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Schmulson, M.W. y Chang, L. (1999). Diagnostic approach to the patient with irritable bowel syndrome. *American Journal of Medicine*, 107: 20-26.
- Schwartz, D. (1996). *Manual de principios de cirugía*. Madrid: McGraw-Hill.
- Shaw, A.D. y Davies, G.J. (1999). Lactose intolerance: problems in diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 28: 208-216.
- Stone, G. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, 35: 34-59.
- Stone, G. (1991). An international review of the emergence and development of health psychology. En M.A. Jansen y J. Weinman (Eds.): *The international development of Health Psychology*. Berna: Harwood.
- Talley, N.J. (1999). Irritable bowel syndrome: definition, diagnosis and epidemiology. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 13: 371-384.
- Whitehead, W.E. (2002). Patient subgroups in irritable bowel syndrome that can be defined by symptom evaluation and physical examination. *American Journal of Medicine*, 10: 33-40.

